

疾病・障がい状況申告書

天理市長 様

保護者記入欄		
児童氏名 (年 月 日生)	保育所・施設名	
児童氏名 (年 月 日生)		
児童氏名 (年 月 日生)		
保護者氏名	続柄：児童の()	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 申請中
※申請中の場合は第1希望の保育施設名をご記入ください。		

【障がい】 障がい者手帳・療育手帳等の写しを添付してください。

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

証明対象者氏名	
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 () 入院 (期間など:)
病名	
症状	
療養状況 (該当するものにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 入院・伝染病・常時病臥 <input type="checkbox"/> 保育困難 ご意見があれば記入してください。
治療見込み期間	<input type="checkbox"/> 当分の期間、完治の見込みなし
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 から 年 月 日までの見込み
年 月 日	医療機関名
	住 所
	医 師 名 印

疾病・障がい状況申告書

記入例

天理市長 様

保護者記入欄			
児童氏名	天理 一郎	(令和 2 年 10 月 1 日生)	保育所・施設名 中央保育所
児童氏名		(年 月 日生)	
児童氏名		(年 月 日生)	
保護者氏名	天理 太郎	続柄：児童の(父)	<input type="checkbox"/> 入所中 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中

※申請中の場合は第1希望の保育施設名をご記入ください。

【障がい】 障がい者手帳・療育手帳等の写しを添付してください。

【疾病】 ※ 医療機関記入欄(診断書料が必要です。なお、申込者本人が記入した場合は無効となります。)

証明対象者氏名	天理 太郎		
受診状況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 ()		
	入院 (期間など: 令和3年10月1日から12月10日まで)		
病名	骨折		
症状			
療養状況 (該当するものにチェックをしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・伝染病・常時病臥 <input type="checkbox"/> 保育困難		
	ご意見があれば記入してください。		
治療見込み期間	<input type="checkbox"/> 当分の期間、完治の見込みなし		
	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 10 月 1 日 から 令和 3 年 12 月 1 日 までの見込み		
令和 3 年 10 月 1 日	医療機関名	天理市立病院	
	住 所	奈良県天理市 富堂町300-11	
	医 師 名	富堂 太郎	富堂